Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam

Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012

Utrecht, juni 2014

Inhoud

Voorwoord

In 2011 en 2012 voerde de inspectie verschillende soorten toezicht in verpleeg- en verzorgingshuizen uit om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de intramurale ouderenzorg.

Ook in eerdere jaren hield de inspectie toezicht op de ouderenzorg. Uit ons laatste geaggregeerde rapport over de ouderenzorg uit 2008 kwam naar voren dat er sprake was van structurele verbetering in de ouderenzorg en dat cliënten in instellingen in vergelijking met voorgaande jaren steeds vaker konden rekenen op verantwoorde zorg. Verpleeghuizen maakten een aanzet met het ontwikkelen van beleid om kwalitatief goede zorg te verlenen, onder andere voor zorgplannen en zorginhoudelijke veiligheid. In de jaren daarna lag het accent in de ouderenzorg op het vergroten van de medicatieveiligheid en het terugdringen van vrijheids-beperking.

Uit ons toezicht in 2011 en 2012 zien wij dat over het algemeen het kwaliteits-beleid is ontwikkeld, maar dat de toepassing hiervan in de praktijk nogal eens te wensen overlaat. De resultaten laten een gedifferentieerd beeld zien. Er zijn zorg-instellingen die continu innoveren en op zoek zijn naar nog betere en veiligere zorg. Deze instellingen werken met actuele richtlijnen, zorgplannen die voldoen aan wettelijke eisen en besproken zijn met de cliënt, en deskundig personeel. De zorg is zo georganiseerd dat ingezette zorg goed wordt geïmplementeerd, geëvalueerd en waar nodig wordt verbeterd. Belangrijk is de rol van een bestuurder. Een goede bestuurder zorgt voor continuïteit in het zorgproces, is direct betrokken bij de zorg en weet medewerkers en ook vrijwilligers mee te krijgen om de zorg nog beter te maken. Maar er zijn ook instellingen waar het, om allerlei redenen, niet lukt om verbeteringen door te voeren. De meeste instellingen hebben wel in beeld hoe de zorg georganiseerd moet worden, maar hebben vooral moeite om beleid in de zorgpraktijk verankerd te krijgen. Vaak is er sprake van wisselingen in de verschillende managementlagen. Deze variatie bestaat niet alleen tussen de verschillende zorgconcerns, maar kan ook voorkomen binnen één groot zorg-concern. Zo kan de kwaliteit van zorg bij een grote zorgorganisatie per huis en zelfs per afdeling sterk verschillen.

Dat instellingen de organisatie van de zorg niet op orde hebben wil niet zeggen dat er sprake is van grote risico's als het gaat om de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie heeft bij alle bezochte instellingen die niet of deels voldeden aan de normen, verbeteringen gevraagd en de vervolgacties van de instellingen gevolgd. Bij een kleine minderheid van de instellingen waar dit niet lukte en structurele problemen en het gebrek aan sturing risico's voor de cliënten opleverden, is de situatie na handhavend optreden van de IGZ verbeterd.

Het is belangrijk dat de ouderenzorg de komende periode verbeterslagen blijft maken. De zorg in de instellingen zal de komende jaren, mede gelet op de veranderingen in de AWBZ en de daarmee gepaard gaande extramuralisering, steeds complexer worden. Mensen blijven langer thuis wonen en kunnen bij een ernstige psychische en of lichamelijke aandoening kiezen voor een plaats in een verpleeghuis. Het is daarom zaak dat bestuurders in de ouderenzorg goed op deze ontwikkelingen in kunnen spelen en weten welke verbeteringen zij moeten door-voeren om verantwoorde zorg te leveren. Ze moeten hun organisatie zo inrichten en

aansturen dat er continu gewerkt wordt aan de verbetering van de zorg en hun medewerkers daarin ondersteunen.
Belangrijk is de rol van de medewerker die de dagelijkse zorg verleent. Goede zorg staat of valt met de kennis en de betrokkenheid van de medewerker. Medewerkers in de ouderenzorg zijn voor het overgrote deel zeer betrokken bij hun cliënten. Uit onze onderzoeken blijkt echter dat er weinig geïnvesteerd wordt in voldoende beschikbaarheid en deskundigheid van medewerkers in relatie tot de zorgvragen van de cliënten. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg. Immers als er niet systematisch gewerkt wordt met zorgplannen of niet gehandeld wordt volgens richtlijnen voor bijvoorbeeld medicatie of vrijheidsbeperkende maatregelen, dan lopen cliënten risico's op onverantwoorde zorg.

In 2013 en 2014 hebben wij ons toezicht gericht op die instellingen die nog onvoldoende verbeterkracht lieten zien. Onze focus bij dit toezicht ligt bij de onderwerpen die wat ons betreft de hoogste prioriteit hebben: de zorginhoudelijke veiligheid en de beschikbaarheid van deskundig personeel. Op deze onderwerpen blijven wij ons de komende jaren richten en dan vooral bij die instellingen die te weinig verbeteringen laten zien.

De ouderenzorg moet de komende jaren verbeteringen doorvoeren en de resultaten vasthouden en borgen. Wij zullen de komende jaren de verbeteracties in de ouderenzorg met ons risicogestuurd toezicht nauwlettend volgen.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De zorg voor de kwetsbare groepen in de samenleving, zoals mensen die in een verpleeg- of verzorgingshuis wonen, is een blijvend speerpunt in het kabinetsbeleid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt structureel toezicht op de intramurale ouderenzorg. Eind 2010 werd de inspectie door het kabinet Rutte I gevraagd het toezicht op de ouderenzorg te intensiveren.

Van januari 2011 tot en met december 2012 bezocht de inspectie alle zorgconcerns voor intramurale ouderenzorg. In Nederland zijn er ongeveer 450 concerns met een kleine 2.000 verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij kleine zorgconcerns bracht de inspectie minimaal één bezoek, bij grote zorgconcerns werden meerdere verpleeg- of verzorgingshuizen bezocht. Met verschillende soorten toezicht, waarbij het accent lag op drie hoofdthema's, het zorgplan, de deskundigheid en aanwezigheid van personeel en de zorginhoudelijke veiligheid, wilde de inspectie een beeld krijgen van de kwaliteit van zorg in de intramurale ouderenzorg en zo bijdragen aan het verder verbeteren van de zorg.

De informatie over de drie hoofdthema's die in deze rapportage centraal staan, is verkregen uit drie verschillende vormen van toezicht in de intramurale ouderenzorg. Door het verschil in karakter tussen deze toezichtvormen verschilden de items die per hoofdthema zijn getoetst. Hoewel het door deze verschillen niet mogelijk was alle gegevens één op één met elkaar te vergelijken kwam er uit de verschillende toezichtinstrumenten wel een eenduidig beeld van elk hoofdthema naar voren.

Bij veel instellingen bleek dat de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel onvoldoende was afgestemd op de zorgbehoefte van cliënten. In deze instellingen was niet zeven dagen per week gedurende 24 uur voldoende deskundig personeel aanwezig om cliënten de zorg te bieden die zij nodig hadden en was scholing niet structureel geregeld. De zorgplannen waren wel aanwezig maar er werd niet systematisch meegewerkt. Afspraken over de zorg waren niet expliciet vastgelegd en zorgproblemen waren niet uitgewerkt in doelen en acties. De veiligheid van de zorg was onder andere voor medicatie en vrijheidsbeperking onvoldoende. Medicatieveiligheid blijft een punt van aandacht bij verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij de onaangekondigde bezoeken bleek dat negen van de tien instellingen niet of slechts deels voldoen aan de normen. Een ander knelpunt was de vaak onzorgvuldige besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft nog lang niet bij alle instellingen de aandacht die het verdient.

Uit het toezicht van de inspectie bleek dat de meerderheid van de bezochte verpleeg- en verzorgingshuizen nog een verbeterslag moeten maken. De meeste van de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben wel een idee van hoe de zorg georganiseerd moet worden, maar het implementeren en borgen van ingezette ontwikkelingen blijft te vaak achterwege. Het is de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur om hier goed op te sturen, maar vaak is de vereiste kennis van het structureel werken aan verbeteringen, ook bij de medewerkers, onvoldoende aanwezig. Wat wel aanwezig is, is de intrinsieke motivatie bij medewerkers, velen vinden hun werk zinvol en willen waardegedreven zorg verlenen aan de aan hun toevertrouwde cliënten.

De inspectie heeft niet geconstateerd dat er in een groot deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen grote risico's zijn als het gaat om de kwaliteit en veiligheid van

de zorg. Bij een kleine minderheid van de instellingen waar door structurele problemen en onvoldoende sturing dit wel het geval was, is de situatie na handhavend optreden van de IGZ verbeterd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen vormen een kwetsbare groep in onze samenleving. Veel bewoners hebben chronische gezondheidsproblemen en zijn verminderd zelfredzaam. De zorg voor deze mensen is een blijvend speerpunt in het kabinetsbeleid en mede daarom besteedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg veel aandacht aan het toezicht op de veiligheid en de kwaliteit van zorg in de intramurale ouderenzorg.

De inspectie hield de laatste tien jaar intensief toezicht op de ouderenzorg. in de periode 2004 – 2008 zijn meerdere rapporten gepubliceerd over de kwaliteit in de verpleeghuizen. In 2005 stelde de inspectie samen met het ministerie van VWS een meldpunt verpleeghuiszorg voor een periode van een half jaar in. In de periode 2007 - 2012 lag het accent van het toezicht op thematisch onderzoek in de ouderenzorg. Zo startte de inspectie in 2007 haar toezichttraject *Zorg voor Vrijheid*, waarbij over een periode van vier jaar werd gekeken naar het toepassen en het vóórkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de ouderenzorg en is er een breed onderzoek geweest naar de medicatieveiligheid in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het kabinet Rutte I vroeg de inspectie in 2010 het toezicht op de ouderenzorg nog verder te intensiveren. Naast een impuls voor instellingen om de kwaliteit te verbeteren, onder andere door meer personeel en uitbreiding van de rechten van cliënten, wilde het kabinet ook uitbreiding van het toezicht en stringent optreden tegen instellingen die onder de maat presteerden. Dit rapport beschrijft de resultaten van dit geïntensiveerde toezicht in de periode 2011 en 2012.

1.2 Toezichtmethoden en toetsingskader

Inspectiebezoeken
Met verschillende vormen toezicht, waarbij het accent lag op drie hoofdthema’s, wilde de inspectie een beeld krijgen van de veiligheid en de kwaliteit van zorg in de intramurale ouderenzorg.

Vormen van toezicht
Dit rapport geeft de weerslag van drie onderzoeksvormen van toezicht in de intramurale ouderenzorg:

- Aangekondigde bezoeken. Deze bezoeken waren verdiepingsbezoeken waarbij de inspectie met (bijna) alle geledingen van een organisatie sprak en documentatie en zorgdossiers onderzocht.
- Onaangekondigde bezoeken. Deze bezoeken waren vooral visuele inspecties met een beperktere scope dan de aangekondigde bezoeken.
- Bezoeken gericht op naleving van de Wet Bopz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) waarbij alle kernelementen in de psychogeriatrische zorg aan de orde komen, zoals de organisatie van de zorg en de deskundigheid van het personeel.

In deze drie onderzoeksvormen zijn drie hoofdthema’s aan de orde geweest: de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel, het zorgplan en de zorginhoudelijke veiligheid.

Beperkingen aan het onderzoek:
Door de verschillende vormen van toezicht is het niet mogelijk alle gegevens één op één met elkaar te vergelijken. Bij aangekondigde bezoeken zijn bijvoorbeeld voor de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel andere items door de inspectie getoetst dan bij onaangekondigde bezoeken of bezoeken in het kader van de Wet Bopz. Ondanks deze verschillen geeft iedere toezichtvorm een beeld van een bepaald thema.

Aantal bezoeken
De inspectie bezocht alle zorgconcerns in de ouderenzorg in de periode januari 2011 - december 2012 in het kader van het geïntensiveerde toezicht, In Nederland zijn er ongeveer 450 concerns die intramurale ouderenzorg in een kleine 2.000 verpleeg- en verzorgingshuizen verlenen. Bij kleine zorgconcerns bracht de inspectie minimaal één bezoek, bij grote zorgconcerns werden meerdere verpleeg- of verzorgingshuizen bezocht. In totaal legde de inspectie in 2011 en 2012 1078 bezoeken af.
De inspectie ging (on)aangekondigd bij die huizen langs waar zij op basis van eerder toezicht of informatie uit meldingen of andere bronnen een vermoeden had dat er mogelijk sprake zou zijn van risicovolle zorg. In het kader van de Wet Bopz werden aselect toezichtbezoeken gebracht.

Voor dit rapport zijn 393 bezoeken afgelegd; 260 aangekondigd, 46 onaangekondigd en 87 in het kader van de Wet Bopz. De overige bezoeken betroffen bezoeken in het kader van het incidententoezicht, vervolgbezoeken op eerdere bezoeken of bezoeken in het kader van thematisch toezicht op medicatieveiligheid, vrijheidsbeperkende maatregelen en hygiëne en infectiepreventie.

Tabel 1
Aantal bezoeken onderverdeeld naar toezichtvorm (N=393)

Toezichtvorm	**Aantal bezoeken**
Aangekondigde bezoeken	260
Onaangekondigde bezoeken	46
Toezicht op de Wet Bopz	87

Toezichtinstrumenten en toetsingskader

Voor aangekondigde bezoeken, voor de onaangekondigde bezoeken en voor het toezicht op de Wet Bopz zijn afzonderlijke toezichtinstrumenten gebruikt. Deze instrumenten zijn gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld. Deze vormen het toetsingskader voor dit onderzoek. De gebruikte wetten en veldnormen zijn opgenomen in de bijlage.

De gebruikte toetsingsinstrumenten beoordelen onderwerpen op verschillende aspecten die zijn afgeleid van wettelijke of veldnormen. De inspectie voorziet elk aspect van een risicoscore.
Bij de aangekondigde bezoeken en de bezoeken in het kader van de Wet Bopz beoordeelde de inspectie de zorg met 'geen risico', 'gering risico', 'hoog risico' of 'zeer hoog risico'. Voor het doel van dit rapport zijn deze scores omgezet naar 'voldoet' als er geen risico was geconstateerd, een gering risico werd omgezet naar 'voldoet niet helemaal' en hoog en zeer hoog risico naar 'voldoet niet'. Bij de onaangekondigde bezoeken was het oordeel beperkt tot 'voldoet' of 'voldoet niet'.

Door de omzetting van deze gegevens is het beeld bij de aangekondigde bezoeken en de bezoeken in het kader van de Wet Bopz genuanceerder dan bij de onaangekondigde bezoeken. Het beeld bij de drie toezichtvormen is in grote lijnen hetzelfde. De inspectie oordeelde strikt, om op een thema het oordeel 'voldoet' te scoren, moesten alle beoordelingsaspecten voor dat onderwerp in orde zijn. Voldeed men niet aan de norm op één van de beoordeelde aspecten, dan stelde de inspectie een risico op niet-verantwoorde zorg op dat onderwerp vast.

Rapportages op instellingsniveau
De bezochte instellingen ontvingen een individueel rapport van het inspectiebezoek. Deze rapporten staan op de website van de inspectie, www.igz.nl.

2 Conclusies

2.1 Personele inzet en deskundigheid niet voldoende afgestemd op zorgbehoeften cliënten

Een zorgwekkende bevinding was dat de inzet van personeel bij meer dan de helft van de instellingen niet was afgestemd op de indicatie en de zorgbehoefte van de cliënt. Juiste afstemming is een basisvoorwaarde voor veilige en goede zorg. In deze instellingen was niet 7 dagen per week gedurende 24 uur voldoende deskundig personeel aanwezig om cliënten de zorg te bieden die zij nodig hadden. De bereikbaarheid van een verpleegkundige of arts was niet altijd gegarandeerd. De scholing was bij veel instellingen te vrijblijvend, niet toegespitst op de doelgroep en niet structureel geborgd. Zo kwam het voor dat medewerkers onbegrepen gedrag bij cliënten vaak niet goed interpreteerden en de verleende zorg niet aansloot bij de behoefte van de cliënt.

Medewerkers gaven in gesprekken met de inspectie aan dat zij te weinig tijd hebben om persoonlijke aandacht te besteden aan de cliënten. Daardoor krijgen deze niet altijd de zorg waar ze volgens hun zorgplan recht op hebben.

Voldoende beschikbaarheid van zorgverleners met adequate kennis zijn naar mening van de inspectie een noodzakelijke voorwaarde om veilige en goede zorg te leveren. Zorgverleners moeten immers op de werkvloer het beleid uitvoeren en continu toetsen of de zorg nog beter kan worden. Dit vraagt een grote betrokkenheid en kritische opstelling naar zichzelf, maar ook naar collega's en management. Deskundigheid zal de komende jaren alleen belangrijker worden. Ouderen die in de toekomst in een intramurale zorginstelling komen zullen dan nog complexere zorg nodig hebben dan nu.

Aan de intrinsieke motivatie bij de medewerkers zal het niet liggen. Uit het onderzoek van de inspectie wordt duidelijk dat medewerkers hun werk leuk en zinvol vinden en gemotiveerd zijn om de zorg te verbeteren. De bevindingen van de inspectie worden onderschreven door de Benchmark van ActiZ uit 2013.

2.2 Zorgplannen onvoldoende systematisch gebruikt

De meeste instellingen werkten met een plan dat toeziet op lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, participatie en sociale redzaamheid en woon- en leefomstandigheden. Toch is het hebben van een plan nog niet voldoende om veilige en goede zorg te leveren. Uit het onderzoek van de inspectie bleek dat vaak niet op een systematische wijze gewerkt werd met het zorgplan. In de zorgplannen was niet altijd duidelijk wie waar verantwoordelijk voor was; afspraken over de zorg waren niet expliciet vastgelegd en zorgproblemen waren niet uitgewerkt in concrete doelen en acties. De dagrapportages sloten onvoldoende aan op de doelen zoals geformuleerd in het zorgplan. Hierdoor was de voortgang van de zorg bij een cliënt slecht te volgen en was de evaluatie van de ingezette zorg moeilijk. Cliënten lopen hierdoor het risico op onverantwoorde zorg, aangezien niet geborgd is dat zij de zorg krijgen die noodzakelijk is en waar zij recht op hebben.

2.3 Resultaten vrijheidsbeperking en medicatieveiligheid blijven achter bij verwachtingen

De inspectie hield tussen 2007 – 2012 structureel toezicht op fouten met medicatie en het voorkomen van vrijheidsbeperking. Ondanks alle ontwikkelingen die de laatste jaren in gang zijn gezet om de medicatieveiligheid te verbeteren, blijkt dat bij 87 procent van de instellingen die onaangekondigd bezocht zijn er nog het

nodige valt te verbeteren[a]. Zo waren er instellingen die – in strijd met wettelijke regels - niet op naam gestelde medicijnen in voorraad hielden en medicatie op onjuiste wijze bewaarden. Daarnaast bleek dat vaak sprake was van onzorgvuldige besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking. Ook constateerde de inspectie dat veel instellingen onvoldoende beleid hadden geformuleerd voor het voorkómen van vrijheidsbeperking.

De inspectie had, gelet op alle ingezette ontwikkelingen voor medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking, meer resultaten van het veld op beide onderwerpen verwacht.

2.4 Bij veel verpleeg- en verzorgingshuizen zijn tekortkomingen in de zorg; instellingen werken weinig aan structurele verbetering

Uit het toezicht van de inspectie komt naar voren dat er bij de meerderheid van de bezochte instellingen tekortkomingen in de zorg waren. De zorginhoudelijke veiligheid, onder andere medicatieveiligheid, was bij instellingen onvoldoende. Het personeel was niet altijd beschikbaar of was niet of onvoldoende deskundig in relatie tot de doelgroep en zorgplannen voldeden niet. Dit beeld kwam terug bij elke vorm van toezicht van de inspectie, zij het dat er verschillen waren in de mate waarin voldaan werd aan de norm.

Een belangrijk deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen deed hun best om zorg in beleid te vatten, maar de daadwerkelijke vertaling van beleid naar zorgpraktijk bleef achter of uit. Ontwikkeld beleid werd niet of onvoldoende geïmplementeerd en daardoor werd in de dagelijkse zorg onvoldoende gewerkt volgens het ingezette beleid. Daarnaast ontbraken ook structurele evaluatiemomenten. Instellingen toetsten niet of onvoldoende of het ingezette beleid werkte en bleven daardoor structurele tekortkomingen houden. Er was sprake van weinig lerend vermogen.
De Raad van Bestuur van een zorginstelling is verantwoordelijk voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg. De tekortkomingen in de zorg en het ontbreken van een systeem waarbij beleid goed wordt geïmplementeerd en geborgd wordt, roept de vraag op of de Raad van Bestuur (en het management) voldoende stuurt op structurele verbetering van de zorg.

Dat instellingen de organisatie van de zorg niet op orde hebben wil niet zeggen dat er sprake is van grote risico’s als het gaat om de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie heeft bij alle bezochte instellingen die niet of deels voldeden aan de normen, verbeteringen gevraagd en de vervolgacties van de instellingen gevolgd. Bij een kleine minderheid van de instellingen waar dit niet lukte en structurele problemen en het gebrek aan sturing risico’s voor de cliënten opleverden, is de situatie na handhavend optreden van de IGZ verbeterd.

a Bij aangekondigde bezoeken is dit onderwerp niet beoordeeld.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor de onderzochte instellingen

Elke bezochte instelling kreeg een individuele rapportage waarin naast de bevindingen ook de vereiste verbetermaatregelen waren opgenomen. De Raden van Bestuur zijn verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de uitvoering van deze maatregelen.

Instellingen die op veel punten niet voldeden
Bij hoge risico's op onveilige of onverantwoorde zorg moesten instellingen direct maatregelen nemen. Daarnaast moesten deze instellingen een plan van aanpak maken om de andere tekortkomingen binnen een termijn van meestal zes maanden weg te werken.

De inspectie heeft op verschillende manieren de voortgang bij deze instellingen getoetst, onder meer door het beoordelen van voortgangsrapportages en het afleggen van een vervolgbezoek. De inspectie sloot het onderzoek bij een instelling af als de instelling de tekortkomingen had weggewerkt.

Organisaties die structurele tekortkomingen bleven houden, hebben van de inspectie een handhavingmaatregel gekregen. In 2011 en 2012 heeft de inspectie bij zeven instellingen verscherpt toezicht ingesteld en kreeg één instelling een aanwijzing op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarnaast heeft één organisatie een bevel gekregen om acute risico's direct weg te nemen. De inspectie volgde nauwlettend of deze instellingen de gewenste verbeteringen doorvoerden. Alle handhavingmaatregelen zijn opgeheven omdat de instellingen de zorg weer op orde hadden.

Instellingen die op veel punten deels voldeden
Deze instellingen moesten een plan van aanpak maken en voortgangsrapportages naar de inspectie te sturen. In de meeste gevallen was het niet nodig de instelling nogmaals te bezoeken.

Instellingen die op de meeste punten voldeden
De instellingen die door de bank genomen goed presteerden moesten van de inspectie vaak op kleine punten verbeteringen doorvoeren. De instellingen hoefden de inspectie hierover niet te informeren.

Maatregelen voor alle instellingen in de ouderenzorg
De inspectie verwacht dat ieder zorgconcern in de intramurale ouderenzorg jaarlijks een interne audit laat uitvoeren naar de kwaliteit en de veiligheid van zorg en de manier waarop dit georganiseerd is. Centraal staat het cyclisch denken, waarbij beleid goed geïmplementeerd en geborgd wordt en waarbij evaluaties leiden tot de noodzakelijke aanpassingen.

3.2 Aanbevelingen

3.2.1 Aan de brancheorganisatie (ActiZ)

ActiZ helpt haar leden/bestuurders bij het kunnen nemen van hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.
Hetzelfde doet zij voor de professionals, die op hun beurt een eigen verantwoordelijkheid hebben.

3.2.2 Aan de brancheorganisatie (ActiZ)en beroepsverenigingen (Verenso en V&VN)

ActiZ, Verenso en V&VN nemen samen actie om het niveau van (bij)scholing in de intramurale ouderenzorg op een hoger niveau te brengen.

3.2.3 Aan de opleidingsinstituten

Aanpassen van het curriculum zodat de opleidingen beter passen bij de intramurale ouderenzorg.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie maakt met het veld afspraken over het tempo van de verbeteringen en de vorm van toezicht dat past bij deze verbeteringen.

De inspectie bezoekt de komende jaren die instellingen waar uit informatie, meldingen en andere signalen blijkt dat er mogelijk sprake is van tekortschietende zorg (risicogestuurd toezicht). De resultaten van de intensiveringronde zijn gebruikt voor het scherper bepalen van de thema's die van belang zijn voor goede en veilige zorg, zoals de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel. Voor die thema's worden alleen die normen getoetst die van belang zijn voor verantwoorde zorg-verlening.

4 Resultaten aangekondigde en onaangekondigde bezoeken

Dit hoofdstuk beschrijft per thema achtereenvolgens de uitkomsten van de aangekondigde en onaangekondigde bezoeken. Omdat er verschillende onderzoeksinstrumenten zijn gebruikt, verschillen ook de beoordeelde aspecten.
De inspectie bezocht 260 instellingen aangekondigd en 46 onaangekondigd. Als een onderwerp tijdens een bezoek niet is beoordeeld, is dit bij de tellingen weggelaten. In deze rapportage is aangegeven op hoeveel instellingen de resultaten betrekking hebben.

Als een instelling op een thema 'voldoet' scoort, betekent dit dat alle aspecten waarop tijdens het aangekondigde bezoek is getoetst in orde zijn. Is dit voor één of meerdere aspecten niet het geval, dan voldoet de instelling niet of niet helemaal aan de norm. Bij de visuele inspecties tijdens de onaangekondigde bezoeken zijn alleen de scores 'voldoet' en 'voldoet niet' gebruikt.

De inspectie heeft bij alle aangekondigd en onaangekondigd bezochte instellingen die niet of deels aan de normen voldeden, verbeteringen gevraagd en de vervolgacties van de instellingen gevolgd tot de gewenste verbeteringen waren doorgevoerd. Bij de instellingen waarbij dit niet lukte heeft de inspectie gehandhaafd.

4.1 Zorginhoudelijke veiligheid

De zorginhoudelijke veiligheid in verpleeg- en verzorgingshuizen is beoordeeld op acht onderwerpen; decubitiuspreventie en behandeling, diagnostiek en behandeling bij incontinentie, infectiepreventie en behandeling, medicatieveiligheid, valpreventie, vocht en voeding, zorg voor cliënten met gedragsproblemen. In de aangekondigde bezoeken zijn medicatieveiligheid en vrijheidsbeperking niet meegenomen. Bij de onaangekondigde bezoeken is decubitiuspreventie niet beoordeeld.

De getoetste norm:
- Er is beleid voor zorginhoudelijke veiligheid (bijvoorbeeld voor medicatieveiligheid).
- Dit beleid is vertaald in plannen en protocollen.
- Deze worden besproken met en gebruikt voor cliënten. Dit is beschreven in het zorgplan.
- Medewerkers zijn voldoende deskundig of geschoold in het gebruik van protocollen.
- Protocollen worden periodiek geëvalueerd, waar nodig bijgesteld en geïmplementeerd.

4.1.1 Aangekondigde bezoeken

Zorginhoudelijke veiligheid
- Van de 172 zorgaanbieders waarbij *decubituspreventie en behandeling* is beoordeeld voldeed 47 procent aan de norm, 41 procent voldeed ten dele en 12 procent voldeed niet.
- Van de 170 zorgaanbieders waarbij *diagnostiek en behandeling bij incontinentie* is beoordeeld voldeed 34 procent aan de norm, 47 procent voldeed ten dele en 19 procent voldeed niet.
- Van de 148 zorgaanbieders waarbij *infectiepreventie en behandeling* is beoordeeld voldeed 36 procent aan de norm, 42 procent voldeed ten dele en 22 procent voldeed niet.

- Van de 229 zorgaanbieders waarbij *valpreventie* is beoordeeld voldeed 22 procent aan de norm, 42 procent voldeed ten dele en 36 procent voldeed niet.
- Van de 212 zorgaanbieders waarbij *vocht en voeding* is beoordeeld voldeed 36 procent aan de norm, 49 procent voldeed ten dele en 15 procent voldeed niet.
- Van de 200 zorgaanbieders waarbij *zorg voor cliënten met gedragsproblemen* is beoordeeld voldeed 27 procent aan de norm, 40 procent voldeed ten dele en 33 procent voldeed niet.

Bijna iedere instelling had beleid voor zorginhoudelijke veiligheid, protocollen, richtlijnen en instructies.

Een ruime meerderheid van de instellingen voldeed niet of deels aan de normen voor zorginhoudelijke veiligheid:
- Er was sprake van verouderde protocollen of protocollen die niet gebaseerd waren op algemeen aanvaarde (landelijke) standaarden. Interne registratie voor evaluatie en verbetering ontbrak.
- De diagnose, behandeling en/of evaluatie werden niet multidisciplinair aangepakt.
- Medewerkers hadden onvoldoende kennis over zorginhoudelijke veiligheid of er was geen scholing op dit onderwerp. Ook waren medewerkers niet of onvoldoende geschoold in het gebruik van risicosignaleringsformulieren. Zo kwam de inspectie formulieren tegen waarbij niet duidelijk was wie welke aandoeningen wanneer had geconstateerd en waarbij doelen en daaraan gerelateerde acties ontbraken.

Instellingen waarbij de zorgveiligheid goed was geïmplementeerd en geborgd werkten volgens actuele landelijke normen en richtlijnen. De zorginhoudelijke onderwerpen waren in het zorgplan opgenomen. Daarnaast vond er structurele meting van de resultaten plaats op individueel en organisatieniveau en instellingen gebruikten deze informatie voor sturing. Protocollen en de naleving ervan werden jaarlijks met audits getoetst.

4.1.2 Onaangekondigde bezoeken

Medicatieveiligheid
13 procent van de 45 bezochte instellingen voldeed aan de normen voor medicatieveiligheid. Bijna driekwart van de instellingen (73 procent) werkte met actuele en door de apotheek op naam van de cliënten gestelde medicatie-overzichten. In 76 procent van de instellingen werd medicatie afgetekend nadat het aan de cliënt was toegediend.

Onderwerpen waarop niet voldaan werd aan de norm waren onder andere het in voorraad hebben van niet op naam gestelde medicatie (60 procent) en insulinevoorraden die niet per insulinepen op naam van de cliënt waren gesteld (48 procent). In 38 procent van de instellingen waren zalven en vloeistoffen niet op naam van de cliënt gesteld. Ook bewaarde de helft van de instellingen medicatie op een te hoge temperatuur (boven 7 graden Celcius) en werd bij een kwart voedsel in dezelfde koelkast als de medicatie bewaard.

Vrijheidsbeperking
Van de 40 instellingen paste 60 procent op een verantwoorde wijze vrijheidsbeperkende maatregelen toe. Medewerkers waren op dit punt voldoende geschoold,

de organisatie voerde actief (preventief)beleid en de toepassingen waren met de cliënt en of zijn vertegenwoordiger besproken. 71 procent van de instellingen paste vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals het gebruik van (onrust)banden, tafelbladen en bedhekken, toe volgens de afspraken in het zorgplan.

Meestal zaten de formulieren voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in het cliëntendossier. Wel ontbrak soms een evaluatiedatum, met als risico dat de vrijheidsbeperkende maatregel structureel ingezet zou worden. In een aantal gevallen waren maatregelen in strijd met de Wet Bopz.

Valpreventie
Van de 45 instellingen voldeed 89 procent aan de norm voor valpreventie.

Diagnostiek en behandeling bij incontinentie
Van de 15 instellingen waar de normen voor diagnostiek en incontinentie werden getoetst, voldeed 87 procent.

Infectiepreventie en behandeling bij meerderheid op orde
Van de 46 instellingen waar de inspectie een visuele inspectie naar infectiepreventie en behandeling uitvoerde, voldeed 54 procent volledig aan de norm. De toiletten en de badkamers waren bij 88 procent van de instellingen op het oog schoon en bij 89 procent waren toiletten en badkamers voorzien van wegwerphanddoekjes en zeepdispensers. In 81 procent was de spoelruimte opgeruimd en schoon en was een spoeler voor de po's aanwezig. De persoonlijke hygiëne van medewerkers was in 86 procent op orde: medewerkers droegen de juiste kleding, geen sieraden en hun haren kort of opgebonden[b].

Vocht en voeding
Van de 42 instellingen voldeed 64 procent aan de norm voor vocht en voeding.
In 84 procent van de instellingen was de maaltijd naar wens van de cliënten.

Zorg voor mensen met gedragsproblemen
In 19 procent van de 27 instellingen was de zorg voor cliënten met onbegrepen gedrag (bijvoorbeeld cliënten die continu harde geluiden maken of ronddwalen) volgens de norm. In de overige instellingen kwam het voor dat medewerkers dit gedrag vaak niet goed interpreteerden en wisten daardoor niet in te spelen op de behoefte van de betreffende cliënt. Ook wisten zij niet of de toegepaste interventie de juiste was. Dit had niet alleen met aanwezige deskundigheid van de betrokken medewerker te maken, maar ook met het ontbreken van structurele scholing en beleid op dit thema.

---

b In december 2013 bracht de inspectie het rapport *Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in de ouderenzorg snel realiseerbaar* uit. Bij dit onderzoek scoorden de instellingen slechter op hygiëne en infectiepreventie dan bij de intensiveringronde. Dit komt omdat de inspectie tijdens het hygiëneonderzoek een verdiepingsslag heeft gemaakt.

4.2 Zorgplannen

Zorgplannen zijn getoetst op twee onderwerpen: het zorgplan in het zorgproces en de individuele zorgplannen.

De getoetste norm:
- Medewerkers in de zorg werken multidisciplinair en methodisch aan de hand van een zorgplan.
- In het zorgplan worden wensen, problemen van de cliënt, - in overleg met de cliënt - vertaalt naar doelen en daarbij passende acties.
- Rapportages geven de ervaringen van dag tot dag weer.
- Het zorgplan is een communicatiemiddel tussen disciplines: opdrachten worden beschreven en observaties worden gerapporteerd.
- De inspectie beoordeelde vooral de interne congruentie (wensen/problemen, doelen, acties, rapportages), de betrokkenheid van de cliënt (vertegen-woordiger) bij opstellen en evalueren en de multidisciplinariteit en de communicatie over opdrachten.

4.2.1 Aangekondigde bezoeken

Van de 260 instellingen had 9 procent het zorgplan op orde. Bij 46 procent van de instellingen voldeed het zorgplan niet helemaal en bij 45 procent voldeed het plan niet. De aspecten waarop de inspectie de zorgplannen beoordeelde, worden hierna toegelicht.

Zorgplan in zorgproces

De meeste instellingen werkten met een plan dat toeziet op lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, participatie en sociale redzaamheid en woon- en leef-omstandigheden. Voor het gebruik van deze zorgplannen waren protocollen en richtlijnen opgesteld.

Van de 259 instellingen voldeed 58 procent niet of niet helemaal aan de eisen die door de wet worden gesteld aan zorgplansystematiek. In veel gevallen was de systematiek nog onvoldoende geïntegreerd in het zorgproces. Niet alle cliënten ontvingen binnen zes weken na opname een vastgesteld zorgplan. Ook trof de inspectie onvolledige en verouderde zorgplannen aan.

Bij de instellingen die niet voldeden aan de norm, constateerde de inspectie één of meer van de volgende risico's:
- Uit de zorgplannen bleek niet wie waar verantwoordelijk voor was. Afspraken waren niet in het zorgplan vastgelegd.
- Afspraken over communicatie en afstemming over de zorg tussen disciplines werden niet getoetst.
- Zorginhoudelijke cliëntgegevens werden op meerdere plaatsen geregistreerd. in papieren dossiers, elektronische zorgdossiers en op medicatielijsten. Hierdoor was er geen compleet overzicht voor elke cliënt.
- Dagrapportages sloten onvoldoende aan op de doelen uit het zorgplan. Hierdoor was het voor cliënten en vertegenwoordigers niet mogelijk de voortgang van de zorg te volgen en konden deze rapportages niet als input voor evaluaties gebruikt worden.
- Medewerkers waren onvoldoende geschoold in het gebruik van het zorgplan en hun kennis en vaardigheden werden niet systematisch getoetst.

Individuele zorgplannen

Van de individuele zorgplannen die de inspectie bij 259 instellingen inzag, bleek 89 procent niet of niet helemaal te voldoen. Redenen hiervoor waren onder meer:

- De instemming van cliënt of wettelijk vertegenwoordiger was niet terug te vinden in het zorgplan en het werd onvoldoende duidelijk of cliënten (vertegenwoordigers) waren betrokken bij het opstellen en evalueren van (onderdelen) van het plan.
- Instructies en/of opdrachten van (para)medici waren niet duidelijk vermeld in het zorgplan. Dit vormt een risico bij de totstandkoming van of opdrachtverlening voor zorg tussen disciplines.
- Formulieren voor de zorginhoudelijke veiligheid, zoals valpreventie, decubitus en vocht en voeding ontbraken of waren onvolledig ingevuld. Zo waren risico-inventarisaties niet uitgewerkt in doelen, acties en evaluaties. Verder ontbraken data, namen en parafen.
- Het dagelijks gebruik van het zorgplan werd niet voldoende getoetst en leidde niet tot bijstelling.

4.2.2 *Onaangekondigde bezoeken*

Bij 83 procent van de 46 instellingen voldeed het zorgplan niet aan de norm. De inspectie constateerde onder meer de volgende risico's:

- Het methodisch werken aan de hand van problemen, doelen, acties, evaluaties en bijstellingen was niet zichtbaar. Zowel in de levensdomeinen (zoals lichamelijk en mentaal welbevinden, sociale redzaamheid, woon- en leefomstandigheden) als in de dagelijkse rapportages waren problemen niet uitgewerkt in doelen en acties of sloten deze doelen niet altijd aan bij de beschreven problemen.
- Observaties en ontwikkelingen van cliënten werden met een wisselende systematiek vastgelegd.
- In het zorgplan stond niet welke discipline een interventie moest uitvoeren, wie hiervoor eindverantwoordelijk was, op welke wijze men een doel wilde bereiken, met welke frequentie en wanneer men vond dat het gewenste resultaat zou zijn bereikt.
- Afspraken gemaakt in het multidisciplinair overleg en met de specialist ouderengeneeskunde werden niet vertaald in acties voor verzorgenden of andere disciplines (in 61 procent van de instellingen).
- Cliënten of diens vertegenwoordigers waren niet actief betrokken bij de zorg. In veel gevallen ontbrak een handtekening ter instemming van de actieve betrokkenheid bij de zorg en bleek uit verslagen dat de cliënt/vertegenwoordiger niet betrokken was bij de bespreking van het zorgplan (in 41 procent van de instellingen). Dat gold soms ook voor het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen: in het zorgdossier ontbrak de instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger.

Risico-inventarisatie in zorgplan

Bij 67 procent van de instellingen was in het zorgplan een risico-inventarisatie opgenomen voor bijvoorbeeld vallen, voeding, decubitus of probleemgedrag. In een aantal gevallen waren de risicoanalyses niet of onvoldoende vertaald in concrete acties voor de dagelijkse zorgpraktijk. Ook was niet altijd duidelijk welke overwegingen hadden geleid tot de risicosignalering of er werd niet of onvoldoende over gerapporteerd. Hierdoor was er geen 'cyclisch zorgproces' zichtbaar.

Multidisciplinaire bespreking zorgplan en evaluatie

Bij 52 procent werd het zorgplan twee keer per jaar multidisciplinair in aanwezigheid van de behandelend arts besproken. In 60 procent van de zorgplannen was de frequentie en actualisatie van dit plan opgenomen. In 56 procent van alle beoordeelde zorgplannen waren vrijheidsbeperkende maatregelen met evaluatiedatum opgenomen.

4.3 Beschikbaarheid en bekwaamheid personeel

Voldoende en bekwaam personeel is tijdens de aangekondigde bezoeken getoetst op twee onderwerpen; de inzet van het personeel afgestemd op de doelgroep en de kwaliteit van het personeel. Tijdens de onaangekondigde bezoeken is gelet op bepaalde aspecten van deze onderwerpen, zoals genoeg tijd en aandacht voor cliënten en werkdruk.

De getoetste norm:
- Er is een relatie tussen de personeelsbezetting (deskundigheid) en de zorgzwaarte van de cliënten.
- Dienstlijsten maken duidelijk of de nagestreefde bezetting in de dagelijkse praktijk wordt gehaald.
- Voor noodgevallen of spoedoverleg is een norm voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van arts/verpleegkundige opgesteld.
- Medewerkers worden planmatig geschoold in bijvoorbeeld het omgaan met doelgroepgerelateerde zorgvragen/problemen en het verantwoord uit kunnen voeren van voorbehouden en risicovolle handelingen.

4.3.1 Aangekondigde bezoeken

Van de 252 bezochte instellingen had 17 procent voldoende en deskundig personeel, 48 procent van de instellingen voldeed niet helemaal aan de norm en 35 procent voldeed niet.

Afstemming personele inzet op de doelgroep
In 43 procent van de instellingen was de inzet van het personeel afgestemd op de doelgroep en werd voldaan aan de andere voorwaarden voor verantwoorde zorg op dit onderwerp. Bij de andere instellingen was de inzet van het personeel niet afgestemd op de indicatie en de zorgbehoefte van cliënten. Er was niet 7 dagen per week gedurende 24 uur voldoende deskundig personeel aanwezig om cliënten de zorg te bieden die zij nodig hadden.
Die instellingen voldeden ook niet aan één of meer van de volgende voorwaarden voor verantwoorde zorg:
- Het beschrijven welke personeelsbezetting – gebaseerd op de zorgzwaartepakketten van de cliënten – per afdeling nodig is.
- Het garanderen van verpleegkundige en medische bereikbaarheid.
- Het betrekken van medisch specialisten bij het multidisciplinair overleg.

Professionele kwaliteit van de medewerkers
In 25 procent van de instellingen was het vereiste deskundigheidsniveau structureel afgestemd op de aanwezige doelgroepen. De overige instellingen voldeden niet aan één of meer van de volgende voorwaarden voor verantwoorde zorg:
- Structurele en niet-vrijblijvende scholing voor medewerkers.
- Structurele bij- en/of nascholing op het gebied van zorginhoudelijke veiligheid (waaronder valpreventie, incontinentiezorg, infectiepreventie en omgaan met probleemgedrag).

4.3.2 Onaangekondigde bezoeken

Bij 45 instellingen beoordeelde de inspectie tijdens een onaangekondigd bezoek de normen voor voldoende en deskundig personeel. 4 procent van deze instellingen voldeed aan alle normen. Bij de overige instellingen waren een of meer van de elf aspecten waarop de beoordeling gebaseerd was, niet op orde.

Vast team per afdeling
In de meeste instellingen was sprake van een vast team per afdeling. In 86 procent

van de instellingen hadden cliënten te maken met dezelfde medewerkers en was er een beperkte inzet van uitzendkrachten en flexwerkers. Alle medewerkers met wie de inspectie sprak, gaven aan dat er in het team sprake was van een goede samenwerking en een prettige sfeer.

Personele inzet: te weinig tijd voor alle activiteiten
De instellingen die niet aan de norm voldeden (96 procent) scoorden vaak onvoldoende op aspecten die met inzet van personeel te maken hebben. Medewerkers konden niet permanent aanwezig zijn als de zorgbehoefte van een cliënt daarom vroeg (33 procent). Medewerkers gaven in 29 procent van de gevallen zelf aan dat ze onvoldoende tijd hadden voor alle cliënten om de activiteiten uit te voeren die in het zorgplan stonden. Ook ontbrak tijd voor persoonlijk contact met de cliënt. Cliënten en vertegenwoordigers bevestigden dit tijdens gesprekken met de inspectie. Van hen gaf 29 procent aan dat medewerkers onvoldoende tijd hadden om de activiteiten uit het zorgplan uit te voeren.
In een derde van de instellingen vonden medewerkers de werkdruk te hoog.

Deskundigheid
Deskundigheidsbevordering bleek, in de keren dat de inspectie hiernaar vroeg, nog onvoldoende aan te sluiten op de aanwezig doelgroep(en). Scholing werd vaak ad hoc aangeboden en was niet structureel ingebed.

5 Bevindingen toezicht Wet Bopz

Instellingen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, moeten hiervoor beschikken over een Bopz-aanmerking. In de ouderenzorg zijn dat verpleeghuizen of verzorgingshuizen met een psychogeriatrische afdeling. In dit hoofdstuk staan de bevindingen van de inspectie over haar toezicht op de Wet Bopz.

De inspectie bezocht 87 instellingen. Als een onderwerp tijdens een bezoek niet is beoordeeld, is dit bij de tellingen weggelaten. In deze rapportage is aangegeven op hoeveel instellingen de resultaten betrekking hebben.

Als een instelling op een thema 'voldoet' scoort, betekent dit dat alle aspecten waarop tijdens het bezoek is getoetst in orde zijn. Is dit voor één of meerdere aspecten niet het geval, dan voldoet de instelling niet of niet helemaal aan de norm.

De inspectie heeft bij alle instellingen die in het kader van het toezicht op de Wet Bopz zijn bezocht en die niet of deels aan de normen voldeden, verbeteringen gevraagd en de vervolgacties van de instellingen gevolgd tot de gewenste verbeteringen waren doorgevoerd.

5.1 Beleid Wet Bopz

De getoetste norm

- Er is een visie voor het uitvoeren van de Wet Bopz met inachtneming van de interne rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt.
- De verantwoordelijkheidstoedeling, de indicatiestelling, de toepassing, de registratie, de toetsing, de evaluatie van middelen en maatregelen en de preventie van deze interventies zijn georganiseerd.
- De toepassing van middelen en maatregelen worden zoveel als mogelijk beperkt. Uitgangspunt dient te zijn dat de toepassing hiervan moet voldoen aan de rechtsbeginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

Eindverantwoordelijkheid
In 47 procent van de 86 instellingen waren de taken en positie van de geneesheer-directeur goed geregeld. De geneesheer-directeur zorgde ervoor dat een behandelaar samen met cliënten of hun vertegenwoordiger het behandelplan opstelde. Daarnaast droeg de geneesheer-directeur de eindverantwoordelijkheid voor de toepassing van middelen en maatregelen. In 37 procent van de instellingen was dit niet helemaal goed geregeld en 16 procent voldeed niet.

Beleid
Van de 86 instellingen had 47 procent een goede beleidsnota, bij 37 procent voldeed de beleidsnota niet helemaal en bij 16 procent niet.
Bij de instellingen waar de beleidsnota niet (helemaal) voldeed werd onvoldoende of geen aandacht besteed aan de toepassing van vrijheidsbeperking, aan de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen en aan de evaluatie van de opgelegde beperkingen.
In een aantal instellingen waren medewerkers niet bekend met de beleidsnota.

Iets meer dan de helft van de 86 instellingen (55 procent) had de preventie voor het toepassen van vrijheidsbeperking op orde, 28 procent voldeed ten dele en

17 procent voldeed niet. Deze instellingen beschikten over beleid voor preventie. Daarnaast betrokken zij in het multidisciplinair overleg de juiste deskundigheid, zoals een psycholoog voor cliënten met gedragsproblematiek. In een aantal instellingen waren medewerkers aanwezig die de vrijheidsbeperking toetsten en deskundigen die konden helpen bij het afbouwen van vrijheidsbeperking.

Instellingen hadden vaak geen protocollen voor valpreventie en omgaan met gedragsproblematiek.

Protocollen
Een derde van de 87 instellingen (33 procent) had de protocollen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in het kader van de Wet Bopz op orde. Bij twee derde van de instellingen was de protocollering niet goed geregeld (39 procent voldeed deels en 28 procent voldeed niet). Instellingen hadden niet altijd een protocol. Medewerkers kenden de protocollen als ze er wel waren, niet of onvoldoende. En uit de protocollen bleek niet duidelijk dat bij het toepassen van vrijheidsbeperking maatregelen een bepaald deskundigheidsniveau nodig is.

Registratie
Van de 86 instellingen registreerde 59 procent toegepaste middelen en maatregelen. De registratie voldeed ten dele bij 32 procent van de instellingen en bij 9 procent voldeed deze niet.

5.2 Deskundigheid en scholing medewerkers

De getoetste norm:
- Er is een relatie tussen de personeelsbezetting (deskundigheid) en de zorgzwaarte van de cliënten.
- Dienstlijsten maken duidelijk of de na gestreefde bezetting in de dagelijkse praktijk wordt gehaald.
- Voor noodgevallen of spoedoverleg is een norm voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van arts/verpleegkundige opgesteld.
- Medewerkers worden planmatig geschoold in bijvoorbeeld het omgaan met doelgroepgerelateerde zorgvragen/problemen en het verantwoord uit kunnen voeren van voorbehouden en risicovolle handelingen.

Bij 25 procent van de 86 instellingen was de scholing en deskundigheid van medewerkers op orde, bij 52 procent niet helemaal en bij 23 procent niet.

Bij de instellingen die niet (helemaal) voldeden, constateerde de inspectie een of meer van de volgende risico's:
- Onvoldoende scholing van het personeel op het gebied van de Wet Bopz en de specifieke eisen op het terrein van verpleging, verzorging en begeleiding van psychogeriatrische ouderen.
- Onvoldoende kennis van medewerkers over de rechtspositie van de cliënten.
- De deskundigheid van medewerkers voor risicovolle en voorbehouden handelingen werd niet bijgehouden of getoetst.
- Scholing werd niet structureel aangeboden en was het niet altijd afgestemd op de doelgroep.

5.3 Zorgplannen

De getoetste norm:
- Het zorgplan (behandelingsplan) moet zo spoedig mogelijk, in overleg met voorgaande behandelaars en in multidisciplinair verband, na opneming worden opgesteld.
- Toestemming van de behandeling van de patiënt moet voorafgaand aan de behandeling expliciet worden gegeven.
- Het zorgplan wordt zodanig opgesteld, dat een regelmatige toetsing van de opgenomen middelen aan de bereikte resultaten mogelijk is.
- Het behandelingsplan is op schrift gesteld en wordt in het patiëntendossier bewaard.
- Maandelijks worden aantekeningen gemaakt van de voortgang in de uitvoering van het plan ten behoeve van een regelmatige evaluatie.

Van de 86 instellingen had 27 procent de zorgplannen op orde, bij 58 procent voldeden de zorgplannen deels aan de norm, en bij 15 procent voldeed het niet.

Instellingen die niet (helemaal) voldeden, scoorden onvoldoende op een of meer van de volgende voorwaarden:
- Uit de zorgplannen blijkt of het zorgplan in overeenstemming met cliënten of hun vertegenwoordiger tot stand is gekomen.
- Het zorgplan wordt regelmatig in multidisciplinair verband getoetst.
- Alle toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen worden in het zorgplan opgenomen evenals de overwogen alternatieven bij het toepassen van vrijheidsbeperking.

Besluitvorming
Van de 86 instellingen had 63 procent de besluitvorming over het toepassen van vrijheidsbeperking goed geregeld. In 28 procent van de instellingen voldeed de besluitvorming deels, en bij 9 procent niet.

In instellingen die de besluitvorming goed regelden, vond de besluitvorming plaats in multidisciplinair verband (in aanwezigheid van een arts) en werd de ingezette vrijheidsbeperking regelmatig (vaak maandelijks) geëvalueerd. Bij de start van de vrijheidsbeperking keken instellingen naar alternatieven en werd gekozen voor het minst zware middel.

Protocol voor zorgdossier
Bij 61 procent van de 84 instellingen voldeden de protocollen of richtlijnen voor het zorgdossier. In 26 procent van de bezochte instellingen voldeden deze deels, 13 procent voldeed helemaal niet aan de norm.
In protocollen die voldeden aan de norm was onder andere vastgelegd dat voor de toepassing van een dwangbehandeling een behandelingsplan in overleg met cliënten of hun vertegenwoordiger moet worden opgesteld en in het zorgdossier van de cliënt moet worden bewaard.
In het dossier moeten ook de maandelijks aantekeningen over de voortgang staan, evenals eventueel toegepaste dwangbehandelingen, middelen of maatregelen.

6 Summary

The Health Care Inspectorate devotes ongoing attention to the care provided to more vulnerable groups in society, such as those living in residential facilities (care homes and nursing homes). In late 2010, the government requested the Inspectorate to step up its supervision of care for the elderly.

Between January 2011 and December 2012, the Inspectorate visited all 450 organizations providing residential care for this group, which between them manage almost 2,000 locations. A differentiated approach was applied according to the level of medical and nursing care provided. In all cases, however, supervision focused on three key aspects: the presence of a care plan, the availability and expertise of qualified staff, and the safety of care. The Inspectorate wished to gain an accurate impression of the quality of residential care for the elderly, thus identifying areas in which improvement is necessary. Rigid criteria were applied whereby all requirements for each aspect had to be met in order for the facility to obtain a 'satisfactory' assessment. Where the field norm for any one aspect was not met, the Inspectorate automatically noted that responsible care was 'at risk'.

In many of the locations visited, the availability and expertise of personnel were not in keeping with the residents' care requirements. Moreover, the safety of care was below standard because of over-medication and unnecessary restriction of freedom. Medication safety remains a point to which attention must be devoted. During unannounced inspection visits, only one in ten locations was found to comply in full with the current norms. A further shortcoming was the lack of proper consultation and decision-making procedures when applying measures which restrict patient freedom. A significant number of locations fail to devote adequate attention to the use of such measures, which current policy demands must be reduced to the greatest extent possible. Although individual care plans were in place, most failed to meet the established requirements.

The Inspectorate's supervision of the residential care sector confirms that the majority of locations must make further improvements in order to achieve the required standards. Most are aware of how care should be organized but have yet to implement the necessary changes, or to do so in a way which will ensure their permanence. This is the formal responsibility of the Boards of Management. In many cases, however, both the members of those boards and the staff of the locations themselves lack the necessary knowledge and expertise. This said, it is clear that staff are highly motivated. The vast majority regard their work as fulfilling and useful, and are keen to provide the best possible care to those in their charge.

The Inspectorate is most concerned about those locations in which ongoing shortcomings in care provision have been noted. Accordingly, these locations and their management organizations will continue to be monitored particularly closely.

The Inspectorate calls upon the sector to continue efforts to improve the quality of care. It regards doing so as a shared responsibility of all concerned: the sector federation, the Boards of Management, line managers and individual staff, all of whom have an important part to play.

Bijlage Gebruikte wetgeving en veldnormen

De inspectie heeft voor haar toezicht gebruikgemaakt van drie verschillende toezichtinstrumenten voor aangekondigde bezoeken, onaangekondigde bezoeken en het toezicht op de Wet Bopz. Deze instrumenten zijn gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld.

De instrumenten zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving:
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

De volgende veldnormen, richtlijnen en rapporten zijn gebruikt:
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2007.
- Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, Stuurgroep Verantwoorde zorg 2005.
- Samenwerking en logistiek rond decubitus, Tripartiete multidisciplinaire richtlijn, Solade 2003 (NVVA, Arcares, Sting, AVVV, NPCP).
- Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2004.
- Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, Arcares 2001.
- De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen, AVVV 2006.
- Richtlijn slikproblemen, NVVA 2001.
- Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken, IGZ 2005.
- Richtlijn Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen, V&VN en Verenso 2010.
- Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling, V&VN e.a. 2011.
- Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende, IGZ, 2010.
- Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ e.a., 2012.

IGZ 14-34